

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



NB= 20705

Déclaration de Maladie : N° P19-0004366

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9693 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ERRISSOUL JAMA Date de naissance : 30/08/1955
Adresse : LOT: 411 LES FLEURES (2) BOURNIKA
Tél. : 0654725958 Total des frais engagés : 1518,09 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2020

Nom et prénom du malade : Age : 1975

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ELJAOUI ZAHBA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/01/2020 | Contrôle | 5 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

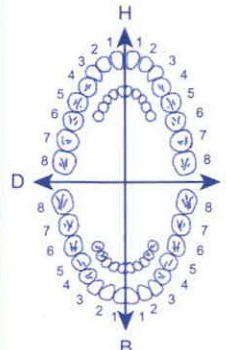
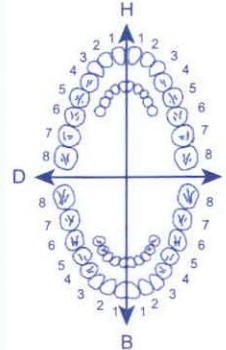
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| LOCAMED SERVICE MATÉRIEL MÉDICAL Vente en Magasin 7 Rue Lahcen Arjoun-Casablanca Tel: 0522 86 37 17 / 0522 86 16 83 0522 86 39 89 | 13/01/20 | | | | | 1518,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL Ouadih Meryem

Rhumatologue

Rhumatismes inflammatoires

Arthrose, tendons

Colonne vertébrale

Ostéoporose

Biothérapie

Échographie ostéoarticulaire

Ostéopathie et médecine manuelle

Casablanca, le : 10/01/2020



الدكتورة الواضح مريم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

الروماتيزم، التهاب المفاصل

أمراض الغضروف، الأوتار

أمراض العمود الفقري

هشاشة العظام

الأدوية البيولوجية

الفحص بالصدى للمفاصل والأوتار

الطب اليدوي للعمود الفقري والمفاصل

Nom et Prénom El Ouadih Meryem

1) lombostat Sens - rigide

1518,09

LCC MEDICAL SERVICE
7, Rue Ventes en AL
Tel: 0522 86 39 89 / 0522 86 39 89
0522 86 39 89

Dr. EL OUADIH MERYEM
Rhumatologue



Locamed

Santé & Confort

ICE : 001526686000016

Facture

UF20000004602

CASABLANCA

Le, 13/01/20

DEPOT CASA PV

Agent commercial : FARIDA

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000002

MME SOUKAINA

Clients Comptoirs Arjoune

| Code Article | Code TVA | Désignation | Qté | P.U.TTC | Remise | P.U.net. TTC | Montant TTC |
|--------------|----------|--|------|---------|--------|--------------|-------------|
| S2769237 | 2 | SABOT SCHOLL GABRIELLA - W BORDEAU P37 | 1,00 | 849,00 | 30% | 594,30 | 594,30 |
| 8513 | 2 | CEINTURE LOMBATECH H26 GRIS T3 | 1,00 | 810,00 | 0% | 810,00 | 810,00 |
| L1003 | 2 | CANNE TRIPODE CHINE | 1,00 | 110,00 | 0% | 110,00 | 110,00 |

LOCAMED SERVICE
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
 7, Rue Lancelotti - Casablanca
 Tel: 0522 86 37 17 / 0522 86 16 83
 0522 86 39 89

| Code | Base | Taux | Montant |
|-------|----------|------|---------|
| 2 | 1 261,92 | 20% | 252,38 |
| Total | 1 261,92 | | 252,38 |

Total HT 1 261,92

Total TVA 252,38

Total TTC 1 514,30

Timbre : 3,79

Total TTC+Timbre : 1 518,09

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE :

Mille cinq cent dix-huit Dirhams, neuf Cts

Call Center : 05 22 22 22 22 - 05 37 63 27 23

Site Web : www.locamed.ma - Email : info@locamed.ma

LOCAMED SERVICE - 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

Siège Social : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

Tel : 05 37 63 27 23 - Fax : 05 37 63 27 23

CASABLANCA : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

MARRAKECH : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

ORAN : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

RABAT : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

TANGER : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23

Agadir : 7, RUE LANCELOTI - 20100 CASABLANCA - MAROC - Tél : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 37 63 27 23